

tom Manage 41 : 594-603, 2011  
18) Reid CM, Gooberman-Hill R, Hanks GW: Opioid analgesics for cancer pain: Symptom control for the living or comfort for the dying?: A qualitative study to investigate the factors

influencing the decision to accept morphine for pain caused by cancer. Ann Oncol 19 : 44-48, 2008

(2011. 8. 受付)

※ ※ ※

# 在宅特化型診療所と連携する訪問看護ステーションの遺族評価

Research Report  
研究報告

【目的】在宅に特化した診療所と連携してケアを実施した訪問看護ステーションについて遺族から評価を得る。

【方法】診療所で在宅死亡まで診療を受けたがん患者の遺族 135 名を対象に自記式質問紙調査を行なった。

【結果】有効回答 97 名（75%）のうち、訪問看護ステーションの訪問を受けていたと回答したものは 33 名（34%）であった。93%が「訪問看護師の関わりに満足だった」、86%が「診療所との連携はよかった」と回答した。「診療所の看護師とは別に訪問看護ステーションが入っていてよかった」に対しては 74%が「そう思う」「とてもそう思う」であったが、26%は「そう思わない」「あまりそう思わない」であった。

【考察】評価は全般的によかったが、患者家族のニーズの違いにより診療所と訪問ステーションの訪問頻度や役割分担を患者ごとに検討する必要性が示唆された。

佐藤泉<sup>1)</sup> 小野宏志<sup>2)</sup>  
細田修<sup>2)</sup> 青木茂<sup>2)</sup>  
井村千鶴<sup>3)</sup> 佐藤文恵<sup>4)</sup>  
前堀直美<sup>5)</sup> 小坂和宏<sup>6)</sup>  
森田達也<sup>3)</sup>

- 1) 訪問看護ステーション細江
- 2) 坂の上ファミリークリニック
- 3) 聖隷三方原病院浜松がんサポートセンター
- 4) きちっと居宅介護支援事業所
- 5) レモン薬局三方原店在宅・緩和医療室
- 6) どんぐり薬局

## はじめに

がん患者が在宅で過ごすことは希望の1つであり、がん患者が在宅で過ごすための体制を地域で整備していくことが求められている。2006年に新設された在宅療養支援診療所と訪問看護ステーション（以下、ステーション）がよい連携をもつことは、がんや医療依存度の高い患者のみならず、最期の時点で在宅で過ごすことを望む患者の希望を叶えることにつながる。よりよい連携がもたれているかを確認するためには、ステーションのケアの質と連携に関する評価を行うことが大切である。

これまでに行われたステーションのケアの質の評価には、患者による満足度や家族による満足度、他職種による評価、在宅ターミナルケアの遺族評価、または、連携活動における訪問看護師の役割を明らかにした研究がある。しかし、在宅に特化した診療所（以下、在宅特

化型診療所）と連携をとるなかでのステーションのケアの質について遺族から評価を得た研究はない。

本研究の目的は、在宅特化型診療所と連携してケアを実施したステーションのケアの質について、遺族から評価を得ることである。

また、最終的な目的は、遺族の評価をもとにステーションと診療所とで課題を共有し、連携方法について検討し改善につなげることである。

## 対象

調査対象は、当該診療所で在宅死亡まで診療を受けたがん患者の遺族のうち、以下の適格基準を満たすものとした。

- ① 患者の死亡後6〜18か月の遺族
- ② 患者の「キーパーソン」または「身元引受人」として診療録に記載されている家族
- ③ 患者の年齢が20歳以上
- ④ 遺族の年齢が20歳以上

除外基準は、①死亡時の状況から精神的に不安定なために研究の施行が望ましくないと判断したものの、②死亡時の状況で認知症・精神障害・視覚障害などがあると判断したもの、③患者ががんであることを伝えられていなかったもの、④診療を受けていた時期の患者の住所が当該都市以外のもの、である。

調査対象とした診療所は「在宅ホスピス」を標榜している在宅特化型診療所であり、看取り数は市内のがん患者在宅死亡数の約半数である。複数名の医師と看護師が訪問を行ない、かつ、必要に応じて地域内のステーションとも連携をとっている。

診療所からの訪問看護とステーションの連携のとり方は、訪問頻度や介護度が高い・介護力が低い場合などに診療所から依頼がありステーションが必要に応じた頻度と内容で訪問し、診療所は週1回程度、ステーションより少ない頻度で主に診療の補助として訪問し

ている場合が多い。在宅末期医療総合診療料を算定する場合には訪問頻度や内容は同様となるよう調整している。緊急時の対応は、その緊急時の状況に応じて連絡をとり合いどちらかが対応している。緊急時に両方が対応できるように、定期の訪問内容をお互いその日のうちに報告している。

## 方法

本研究は、郵送法による自記式質問紙調査である。2010年2月に対象者に対して、診療所から調査票と趣旨説明書を郵送し、郵送にて診療所への返送を依頼した。なお、聖隷三方原病院の倫理委員会の承認を受けた。

評価の質問項目は、多職種9名からなるフォーカスグループで作成した。診療所・居宅介護支援事業所・保険薬局などの評価を含む項目について作成したが、本研究ではステーションに関する質問のみを分析した。

評価の項目は、「訪問看護師の関わりに満足だった」など14項目について、「そう思わない」から「とてもそう思う」の5件法で尋ねた。また「診療所の看護師とは別にステーションが入っていてよかった」に対して「少しそう思う」「そう思う」「とてもそう思う」と回答した遺族に、どのようなことがよかったかを自由記述で求めた。

解析については、量的データは度数分布で集計した。質的データについては、記録された内容をテキストデータ化し内容分析を行った。すなわち、ステーションが入っていてよかった理由に関する意味内容を抜き出し、類似性に従って帰納的にカテゴリ化した。カテゴリ化の際には緩和ケア専門家のスーパービジョンを受けた。

## 結果

研究期間中の死亡患者158名のうち135名が対象となった。これらの対象者のうち97名から回

答を得た(有効回答率75%)。このなかから「診療所とは別にステーションから看護師の訪問を受けていた」と回答したものは33名(34%)であった。この調査に参加の同意が得られたステーションは5施設であった。

対象となった患者は男性16名、女性17名、病名は大腸(15%)、肺(15%)、すい臓(15%)、胃(12%)が多く、在宅での療養期間の中央値は23(範囲・2~262)日であった。遺族は、平均年齢60±13歳で、男性11名、女性22名、患者との関係は配偶者14名、子13名などであった。

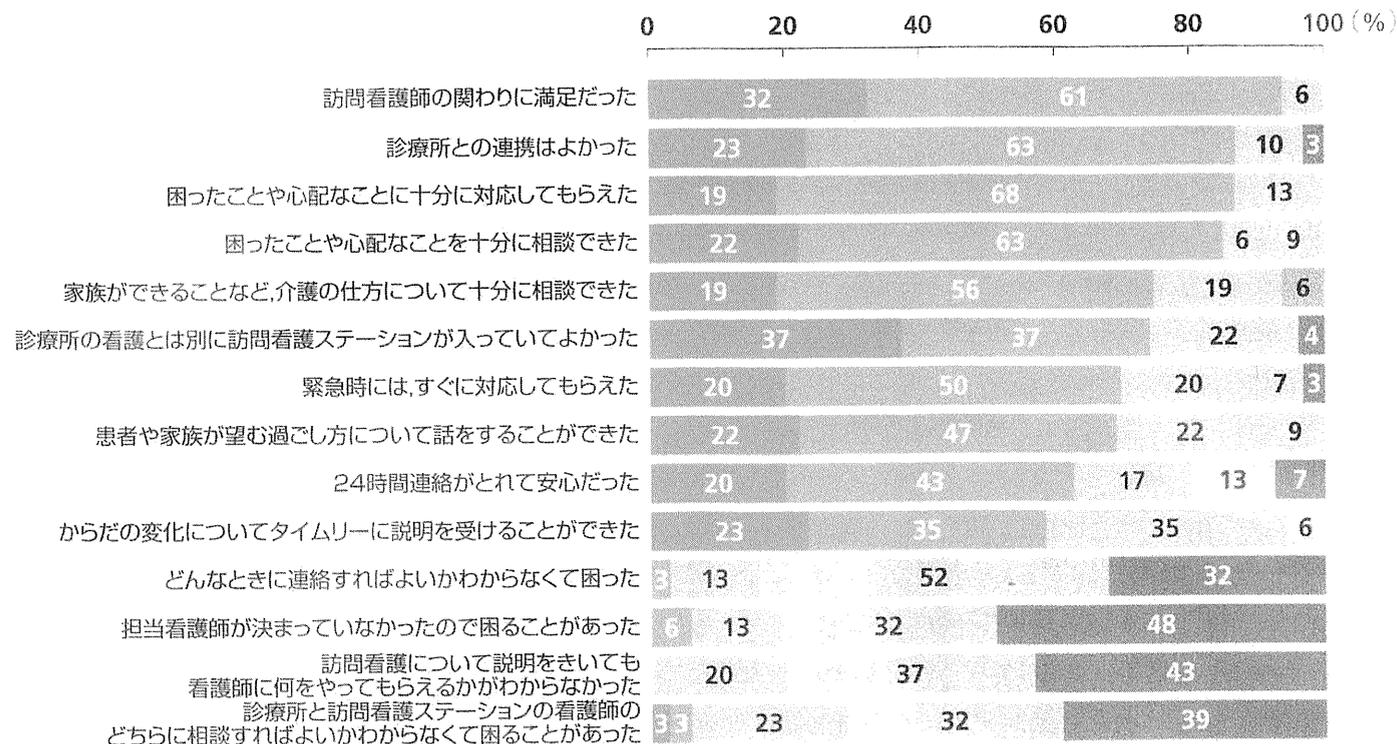
ステーションを利用していた患者と、していなかった患者とでは、背景に有意な差はなかった。

## ステーションに対する評価(図)

遺族からみたステーションの評価では、「訪問看護師の関わりに満足だった」に対して、93%の遺族が「そう思う」「とてもそう思う」と回答した。遺族の85%が

## 図●在宅特化型診療所と連携するステーションに対する評価

■ とてもそう思う ■ そう思う ■ 少しそう思う ■ あまりそう思わない ■ そう思わない



「困ったことや心配なことを十分に相談できた」「困ったことや心配なことに十分に対応してもらえた」に対して肯定的で、70%前後が「患者や家族が望む過ごし方について話をすることができた」「緊急時には、すぐに対応してもらえた」「家族ができることなど、介護の仕方について十分に相談できた」に対して肯定的だった。

「どんなときに連絡すればよいかわからなくて困った」に対しては、84%が「そう思わない」「あまりそう思わない」と回答した。

連携についての評価は、86%が「診療所との連携はよかった」と回答し、「診療所とステーションの看護師のどちらに相談すればよいかわからなくて困ることがあった」に対して71%が「そう思わない」「あまりそう思わない」と回答した。一方、「診療所の看護師とは別に訪問看護ステーションが入っていてよかった」に対しては74%が「そう思う」「とてもそう思う」と回答したが、26%が「そう思わ

ない」「あまりそう思わない」と回答した。

診療所の看護師とは別にステーションが入っていてよかった理由

「診療所の看護師とは別にステーションが入っていてよかった」に対して「少しそう思う」「そう思う」「とてもそう思う」と回答した20名のうち11名から、どのようなことがよかったかについての自由記述が得られた(表)。その内容は次の5つのカテゴリーに分けられた。

- ①「親身に思ってくれて心から信頼できた」などの【精神的な支援があった】
- ②「入浴の世話もしてくれた」などの【療養上の世話に関する支援があった】
- ③「診療所と合わせてみていただく回数が多かったので安心した」などの【予定された日時に頻繁にみてもらった】
- ④「診療所がすぐに対応できなかったときに対応してくれた」などの【緊急

表●「診療所の看護師とは別に、訪問看護ステーションが入っていてよかった」の自由記述

カテゴリー	具体例
精神的な支援があった	親身に思ってくれて心から信頼できた／頼りになる存在だった／来てくれるだけでありがたかった／社会とのつながり、外の風を感じた／愚痴や世間話の相手になってくれた／ちょっとした疑問にも相談にのってもらえた
療養上の世話に関する支援があった	入浴の世話もしてくれた／自宅でできる方法を教えてくれた
予定された日時に頻繁にみてもらえた	診療所と合わせてみていただく回数が多かったので安心した／決まった日時に必ず来てくれた／来てくれる日がわかっていてよかった／定期的に訪問してもらえた
緊急時や変化時の対応がよかった	診療所がすぐに対応できないときに対応してくれた／遠慮なく連絡をとり合える関係になっていた／変化への対応がすばよかった
連携がとれていた	どちらも同じような治療をしてくれた

考察

本研究は、在宅特化型診療所と連携してケアを実施したステーションの評価について実際に遺族の評価を得た、われわれが知るかぎり初めての研究であり、診療所とステーションの間で課題を共有し、改善策を具体的に議論するための基礎資料となった。

ステーションへの評価は、看護師の関わりに満足度が高く、総じて肯定的であった。「困ったことや心配なことを十分に相談できた」「困ったことや心配なことや心配なこと」に十分に対応してもらえた」が高く評価され、自由記述には「精神的な支援があった」があげられた。これは島内の研究と同様であり、ス

また、「患者や家族が望む過ごし方について話をすることができた」についても高い評価が得られており、終末期ケアには特に重要である。大切な最期の時の過ごし方に関する支援も高く評価されたとと言える。

「緊急時にはすぐに対応してもらえた」に対しても肯定的であり、「どんなときに連絡すればよいかわからなくて困った」との回答は少なかつた。自由記述には「緊急時や変化時の対応がよかった」とあった。緊急時の対応も高い評価が得られており、どんなときに連絡すればよいかも理解されているといえる。これは、他の研究からも同様の評価が得られている。

また、「家族ができることなど、介護の仕方について十分に相談できた」も高く評価され、自由記述には「療養上の世話に関する支援があった」とあったが、これは、終

末期の刻々と変化していく患者の状態にに応じて看護師がその療養上の世話を担い、その方法を家族に伝えることができていたことを示すとと言える。

連携に関しても「診療所との連携はよかった」と回答した遺族は多く、「診療所とステーションの看護師のどちらに相談すればよいかわからなくて困ることがあった」は少なかつた。自由記述からも「連携が取れていた」とあり、診療所との連携はよかったことが示された。

一方、「診療所の看護師とは別に訪問看護ステーションが入っていてよかった」に関しての評価は分かれ、全患者に対して一様に両方の看護師が入ることがよいとは言えないことを示唆していると考えられる。入っていてよかった理由には「精神的な支援があった」「療養上の世話に関する支援があった」「予定された日時に頻繁にみてもらえた」などがあり、「精神的な支援」「療養上の世話の支援」

急時や変化時の対応がよかった」  
⑤「どちらも同じような治療をしてもらった」の【連携がとれていた】であった。

た「困ったことや心配なこと」に十分に対応してもらえた」が高く評価され、自由記述には「精神的な支援があった」があげられた。これは島内の研究と同様であり、ス

「定期的な頻繁な訪問」を望む家族は、診療所の訪問看護に加えてステーションが入ることを望んでいるのではないかと考えられる。一方、少ない訪問頻度でよいと思っている患者家族は、両方の看護師が入る必要性はあまり感じていないかもしれない。

英は、診療所と訪問看護とが連携をとる場合に医療者間の理念や目標をすり合わせ、どのような対応をしているかを確認し、お互いで穴埋めをするという努力が不可欠であると述べている。診療所とステーションが連携する場合には、両看護師の訪問頻度や役割分担などについて事例ごとに患者家族のニーズを十分検討し、お互いの信頼関係をもとに、掲げた目標に向けてケアに取り組むことが大切である。その際、ステーションは、評価が高く自由記述にも挙げられた「精神的支援」や「療養上の世話に関する支援」といった役割を担えるともいえる。

本研究の限界として、遺族を対

象としており、必ずしも患者の評価と一致しない可能性がある。また、1つの診療所で診療を受けた遺族が対象であり、地域全体の評価として一般化することはできない。

**結論**

1つの在宅療養支援診療所で在宅死亡まで診療を受けた遺族の視

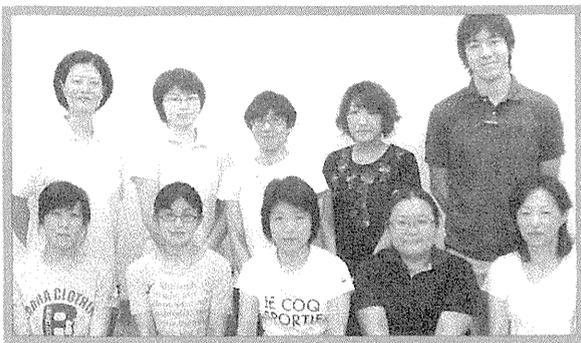
点から、ステーションの評価が得られ、ケアの質や診療所との連携に関して全般的に肯定的な評価が得られた。特に「精神的な支援」の評価が高かった。一方、課題もあげられ、診療所とステーションが連携をとる際には患者家族のニーズに合わせ、事例ごとに両看護師の訪問頻度や役割分担などについて十分検討することの必要性が示された。

本研究から、遺族の評価を得ることは、職種間で課題を共有してケアの改善を図るための基盤となり、地域における緩和ケアの質の向上に貢献する可能性が示唆される。

本研究は厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業緩和ケアプログラムによる地域介入研究班により行なわれた。調査をはじめ、ご協力をいただいた皆さまに心より感謝いたします。

文献

- \*1 Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al: Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol.* 18: 1090-1097, 2007.
- \*2 厚生労働省: 終末期医療に関する調査等検討会報告書—今後の終末期医療の在り方について, 2004. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html>(2011年11月10日アクセス)
- \*3 がん対策のための戦略研究: 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」対象地域に対する予備調査, 2008. <http://gankanwa.jp/tools/pro/survey.html>(2011年11月10日アクセス)
- \*4 英裕雄: 診療所と訪問看護ステーションとの連携, 緩和ケア, 19(5), 417-418, 2009.
- \*5 堀川尚美: 「訪問看護ステーションにおける在宅療養支援診療所との連携に関する研究」調査結果の概要, 看護, 59(13), 28-29, 2007.
- \*6 青木万山美, 渡部啓子, 吉崎山希子, 他: 在宅医療 在宅療養のための訪問看護ステーションの役割, ホスピスケアと在宅ケア, 16(3), 218-224, 2008.
- \*7 小川恵子, 島内節, 河野あゆみ: 在宅ターミナル期におけるがん患者の死別後の家族と看護職による訪問看護の評価, 日本看護科学学会誌, 21(1), 18-28, 2001.
- \*8 樋口京子, 久世淳子, 森扶山彦, 他: 高齢者の終末期ケアにおける「介護者満足度」の構造, 全国訪問看護ステーションから, 日本在宅ケア学会誌, 7(2), 91-99, 2004.
- \*9 阿部三重子, 石山明美, 鈴木真祐美, 他: 医療保険福祉の他機関・他職種による一ステーションの訪問看護サービスに対する評価, 日本看護学会論文集, 地域看護, 38, 25-27, 2008.
- \*10 島内節, 小野恵子: 遺族による在宅ターミナルケアのサービス評価, 日本在宅ケア学会誌, 12(2), 36-43, 2009.
- \*11 原田光子, 山岸春江: 訪問活動における高齢療養者と家族のニーズに対する他職種との連携, 日本地域看護学会誌, 5(2), 61-69, 2003.



ステーションのスタッフ(前列左から3人目が筆者)

佐藤泉 (さとういずみ)  
訪問看護ステーション細江  
〒433-8105 静岡県浜松市北区三方原町 3453 聖隷三方原病院内1階

## 原著

# 地域対象の緩和ケアプログラムによる医療福祉従事者の 自覚する変化：OPTIM-study

森田 達也<sup>1)</sup>, 野末よし子<sup>2)</sup>, 花田芙蓉子<sup>3)</sup>, 宮下 光令<sup>3)</sup>,  
鈴木 聡<sup>4)</sup>, 木下 寛也<sup>5)</sup>, 白髭 豊<sup>6)</sup>, 江口 研二<sup>7)</sup>

1) 聖隷三方原病院 緩和と支持治療科, 2) 聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター, 3) 東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野, 4) 鶴岡市立荘内病院 外科, 5) 国立がん研究センター東病院 緩和医療科・精神腫瘍科, 6) 白髭内科医院, 7) 帝京大学医学部 内科学講座 腫瘍内科

受付日 2011 年 11 月 15 日 / 改訂日 2011 年 12 月 11 日 / 受理日 2011 年 12 月 26 日

本研究の目的は、地域緩和ケアプログラムが行われた地域の医師・看護師の体験した変化を収集することである。OPTIM プロジェクト介入後の医師 1,763 名、看護師 3,156 名に対する質問紙調査の回答 706 件、2,236 件を対象とした。自由記述の内容分析を行い、それぞれ 327、737 の意味単位を同定した。好ましい変化として、【チーム医療と連携が進んだ】（「相談しやすくなった」【名前と顔、役割、考え方が分かるようになった】など）、【在宅療養が普及した】（「在宅移行がスムーズになってきた」など）、【緩和ケアを意識するようになり知識や技術が増えた】が挙げられた。意見が分かれた体験として、【病院医師・看護師の在宅の視点】【活動の広がり】【患者・家族・市民の認識】が挙げられた。地域緩和ケアプログラムによるおもな変化は、チーム医療と連携、緩和ケアの意識と知識や技術の向上、在宅療養の普及であると考えられた。  
Palliat Care Res 2012; 7(1): 121-35

Key words: 緩和ケア, 地域, 在宅ケア, 連携

## 緒言

地域での緩和ケアの普及が求められている<sup>1-4)</sup>。地域を対象とした緩和ケアプログラムが行われた時に、地域に生じた過程を理解することは、地域での緩和ケアの普及を行ううえで重要な洞察を得ることに通じうる。これまでに、イギリスの Gold Standard Framework をはじめとして、オランダ、オーストラリア、カナダなどで実施された地域対象の緩和ケアプログラムを受けた医療福祉従事者の体験や自覚した変化についての研究が報告されている<sup>5-8)</sup>。

たとえば、イギリスの Gold Standard Framework の評価に關する質的研究のレビューでは、参加者が最も体験したことは、症状コントロールや患者への直接の影響よりも、医療従事者間のコミュニケーションとコーディネーションが良くなったことであると繰り返して報告された<sup>9)</sup>。これまで問題を感じていても話し合うきっかけがなかったことが、Gold Standard Framework という枠組みと権威 (authority) が与えられ話しかけとなったことが最も「重要な変化」として指摘され、正式な形でなくても (informal に) 連絡し合うことが増えたことが重要な変化として体験されると報告されている<sup>9)</sup>。また、終末期ケアや患者・家族の苦痛・希望している療養場所に意識が向くようになったこと、症状コントロールの技術が向上したこと、チームとして働くようになったこと、緩和ケアの専門家と連絡をとりやすくなったこと、枠組みが与えられているが地域に応じてアレンジして使用できることも挙げられている<sup>9)</sup>。

これらはほかの国からの研究でも一致した知見であり<sup>6-8)</sup>、地域を対象とした緩和ケアプログラムにおいて、最も重要な成果として医療福祉従事者に認識されることは、症状コントロ

ールそのものよりも、地域単位での多職種ネットワークの構築であることが示唆される。一方、わが国では、さまざまな地域対象の緩和ケアプログラムが行われているが、緩和ケアプログラムの行われた地域での医師・看護師の体験に関する系統的な研究は報告されていない<sup>1-4)</sup>。

本研究の目的は、わが国で実施された地域介入プログラムの一環として行われた医師・看護師調査の結果をもとに、地域の医療福祉従事者の体験した変化を収集することである。

## 対象・方法

本研究は、OPTIM プロジェクト (Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model, 厚生労働科学研究費補助金第 3 次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」) の副次解析である<sup>9,10)</sup>。

OPTIM プロジェクトは、4 地域を対象とした地域介入による前後比較研究である。介入地域として、鶴岡地域、柏地域、浜松地域、長崎地域が対象となった。地域に対する介入として、①緩和ケアの標準化と継続性の向上 (マニュアルの配布、医療者向け緩和ケアセミナー)、②患者・家族に対する適切な知識の提供 (リーフレットの配布、市民講演会)、③緩和ケア専門家による診療 (地域緩和ケアチームの設置)、④地域の緩和ケアの包括的なコーディネーションと連携の促進 (相談窓口の設置、退院支援調整プログラムの導入、地域多職種カンファレンス) を柱とする複合介入が行われた。

主要評価項目は、患者の quality of care、専門緩和ケアサービスの利用数、自宅死亡率である。副次的評価項目として、地域の医師・看護師の体験した変化を明らかにするために、①医師・

看護師に対する質問紙調査の量的解析, ②4地域のリンクスタッフを対象としたインタビュー調査, ③質問紙調査の自由記述の分析, の3つの方法を採用した。①は地域全体への効果を代表性のある方法で取得することを目的とし, ②は「どうして, どのように変化を生じたのか」について量的研究では得られない洞察を得ることを目的とした。本研究は③に相当し, 質問紙調査の項目に必ずしも設定されていない意見を収集することを目的として, 医師・看護師に対する質問紙調査の自由記述の内容分析を行った。質問紙調査は, 介入後の2011年1月に行われた。

調査項目は, 知識・困難感・実践についての評価尺度に加えて, 「地域のがん患者に対する緩和ケアについて, この3年間で変わったこと, 変わらなかったこと, 今後の課題」について自由記述を得た。

医師の適格基準は, 病院医師は, ①がん診療に携わるすべての常勤医師(内科, 外科, 呼吸器科, 消化器科, 呼吸器外科, 泌尿器科, 乳腺科, 耳鼻科, 婦人科, 血液内科, 放射線治療科, 臨床腫瘍科, 化学療法科, 緩和ケア科など各調査施設におけるがん診療に携わる診療科), ②臨床経験年数が3年以上のもの, ③調査施設に1年以上勤務しているものとした。診療所医師は1診療所の医師1名に対して調査票を送付した。

看護師の適格基準は, 病院看護師は, ①がん診療に携わるすべての常勤看護師(内科, 外科, 呼吸器科, 消化器科, 呼吸器外科, 泌尿器科, 乳腺科, 耳鼻科, 婦人科, 血液内科, 放射線治療科, 臨床腫瘍科, 化学療法科, 緩和ケア科など各調査施設におけるがん診療に携わる診療科), ②臨床経験年数が3年以上のもの, ③調査施設に1年以上勤務しているものとした。訪問看護ステーション看護師は, すべての常勤看護師とした。

地域でがん患者を多く診療していると考えられる病院として, 23病院(鶴岡3病院, 柏7病院, 浜松8病院, 長崎5病院)の参加が得られた。適格基準を満たした対象者は医師1,763名, 看護師3,156名であり, それぞれ, 846名(48%), 2,609名(83%)から回収を得た。回収された回答のうち, すべての回答に記載がないもの, 過去1年間に診療した, または, 看取りを行ったがん患者がいないと回答したもの, 地域での勤務経験が1年未満と回答したもの, 臨床経験が2年以下のもの(医師)を除外し, 医師706名, 看護師2,236名から有効回答を得た。

## 解 析

自由記述の中で, 「地域のがん患者に対する緩和ケアについて, この3年間で変わったこと, 変わらなかったこと, 今後の課題」に相当する記載を意味単位(ユニット)として抽出し, 意味内容の類似性・相違性からカテゴリーを作成した<sup>1)</sup>。データを「」, 小カテゴリーを「[]」, 大カテゴリーを「【】」で示した。

分析は1名の看護師と1名の緩和ケア医師とで独立して行い, 議論により一致させた。カテゴリーに相当するユニットの数を計算した。その後, 大カテゴリーごとに「変化のきっかけ」を表現している部分を同定, 収集したものを記述した。

## 結 果

医師, 看護師の調査から, それぞれ327, 737の意味単位を同定した。記述内容は, 好ましい体験, 意見の分かれた体験, 課題

に分けられた。

### ① 好ましい体験

好ましい体験として, 【チーム医療と連携が進んだ】【在宅療養が普及した】【緩和ケアを意識するようになり知識や技術が増えた】【自信や達成感を感じた】が挙げられた。

#### 1. チーム医療と連携が進んだ

【チーム医療と連携が進んだ】ことは, [相談しやすくなった][直接会って話し合う機会や情報交換する機会が増えた][名前と顔, 役割, 考え方が分かるようになった][ネットワークが増えた][チームでみていこうと思うようになった][信頼関係や仲間意識ができた]ことが語られた(表1)。ある回答では, 「これまでなんの接触もなかった人たちとプロジェクトを通じて1本のコードとして結びつくことができた」と述べられた。看護師は特に, 「気兼ねや遠慮が減った」「こわくなくなった」のように連絡や相談をする時に精神的な負担が減ったことをしばしば述べた。医師では, 「相談できる場所があることで診療の余裕につながる」「1人で抱えこまず燃え尽き症候群や過労が回避できた」のように自分の負担の軽減がしばしば挙げられた。

きっかけとして, ①役割を担う人ができて認識できたこと(部署ができた, 連携のマネジメントをする職種ができた, 窓口がみえてきた, 緩和ケアや退院支援の専門チームが上手にアピールした), あるいは②プロジェクトのグループワークや研修会, 退院前カンファレンス, 診療所で行ったカンファレンス, 懇親会などさまざまな機会直接話すことや, 紹介した後の返事や訪問, 電話, メールなどによって, 相談できる雰囲気が徐々にできていったことが挙げられた。加えて, 看護師は, 緩和ケアチームや退院支援看護師を介して医師と相談しやすい, リンクスタッフを介して相談しやすいなど, 役割のある看護師を介して医師や他の職種と相談しやすくなったことを述べた。

#### 2. 在宅療養が普及した

【在宅療養が普及した】については, [在宅で過ごすことが普通になってきた][在宅医療のリソースが増えた][在宅移行がスムーズになってきた][在宅療養に向けて退院カンファレンスが行われるようになった]ことなどが語られた(表2)。特に, 在宅療養を行う地域の診療所や訪問看護ステーションが増えてきたことや, 関係者間での連携が進むことで, 状態の厳しい患者でもタイミングを逃さずに迅速に在宅療養へ移行できることが述べられた。

きっかけとして, 実際に在宅に移行する患者を体験したり, 実際に在宅医療の現場を見に行くこと, あるいは, プロジェクトで知り合うことによって地域のリソースを知るようになることによって, ①誰がどのように患者に関わるかが分かることで患者・家族に具体的に説明できるようになること, ②医療福祉従事者が「無理」と思わずに「相談してみよう」と思うようになること, が挙げられた。システム上でのきっかけとしては, ①病院に緩和ケアチームや退院支援の部署ができたこと, ②病院の意識が変わったこと, が挙げられた。

#### 3. 緩和ケアを意識するようになり知識や技術が増えた

【緩和ケアを意識するようになり知識や技術が増えた】こととしては, [緩和ケアの知識や技術が増えた][早い時期から緩和ケアや在宅医療を意識するようになった][緩和ケアの専門家からのサポートが増えた]ことが挙げられた(表3)。

表1 医師・看護師の感じる好ましい体験(1)—【チーム医療と連携が進んだ】

サブカテゴリー (ユニット数; 医師, 看護師)	例	
	医師	看護師
[相談しやすくなった] (n=30, 46)	「部署ができたので相談しやすくなった」「窓口ができて、誰に相談したらことが進むか理解できた」「研修会に出席して直接話す機会があり、誰にでも相談できるようになった」「電話やメールでの連絡が気楽にできるようになった」	「連絡が気兼ねなく、相談できるようになった」「ささいなことで違うかもしれないからやめておこうと思うことはなくなりました」「以前なら『分かりません』『外来受診させてください』だったのが、主治医や担当の方と直接話ができる」
[直接会って話し合う機会や情報交換する機会が増えた] (n=11, 21)	「退院前カンファレンスで情報の共有とともにディスカッションの場ができた」「在宅に依頼した患者のその後の経過を聞くことが増えた」	「退院前カンファレンスで、直接話し合うことが増えた」「アドレス交換を行い、情報交換が頻繁に行える」
[名前と顔、役割、考え方が分かるようになった] (n=8, 27)	「相手の受けとり方、考え方が分かる」「日常のやりとりは事務的でも、相手の受けとり方・考え方が分かるのでスムーズに連携できる」「種々の会合で直接お会いし、本当に顔の見える関係となった」	「考えが分かり、話す時にどの程度話したらよいか分かり、関わりやすくなった」「相手の立場や考えをふまえて話を進めやすくなった」
[ネットワークが増えた] (n=7, 16)	「選択肢が広がっている」「近くの診療所と診療連携ができた」	「横のつながりができて、連携しやすくなった」「緩和ケアに熱心に取り組んでいる方が大勢いることが分かった」
[チームでみていこうと思うようになった] (n=4, 11)	「多職種で治療方針を考えるようになり、たいへん助かっている」	「在宅支援担当看護師が助けてくださる」「緩和ケアの専門看護師と退院調整ナースの助けを得て、看護師で相談しながら、ケアを行える」
[信頼関係や仲間意識ができた] (n=1, 11)	「理念を共有できる仲間が増えた」	「『他事業所の人』から、『一緒にケアをする人』という風に意識が変わってきた」「協力して皆で一緒に、という意識が高まった」

きっかけとしては、①マニュアルやビデオなどのプロジェクトで作成したマテリアル、②講習会、特に実践に即したロールプレイや多職種でのグループワーク、③実際に緩和ケアチームと患者と一緒に診療した経験、④実際に診療していなくても同じチームとしてメーリングリストやカンファレンスでの患者に関するやりとりをみること、が挙げられた。ある医師は、「(前の病院より)緩和ケアが進んでおり、一緒に患者を診ることで自分の知識がずいぶん増えた」と述べ、講習会ばかりではなく、専門家との共同診療など日常診療の中で緩和ケアについての知識や技術の共有が行われていることが述べられた。このほかに、医師では、「(チームを組んだ)薬剤師に忠告を受けている」といったコメディカルとの関わりがきっかけとなったとする意見があり、看護師ではリンクスタッフから教えてもらっている」のようにリンクスタッフの役割が指摘された。

## ② 意見の分かれた体験

意見の分かれた意見として、【病院医師・看護師の在宅の視点】【活動の広がり】【患者・家族・市民の認識】がみられた(表4)。

【病院医師・看護師の在宅の視点】については、【病院医師・看護師に在宅の視点が増えた】とする意見と、【病院医師・看護師に在宅の視点が不足している】とする意見とがみられた。

【活動の広がり】についても、【広がりが限られた】とする意見と【地域全体におよんだ】との意見に分かれた。また、【変

わった実感はない】【関わりが少ない・期間が短く変化を感じない】【アナウンスが届かない】という意見もしばしば挙げられ、地域内での施設間の差、施設内での診療科や病棟での差、個人による差、医療施設と福祉施設との差、都市部と周辺部での差、がん患者を経験する頻度による差、大学や診療所など大きい組織内での周知の難しさなどが指摘された。

【患者・家族・市民の認識】についても、【医療者の認識は変わったが、患者・家族の認識はまだである】との意見と、【患者・家族の安心感を感じる】【患者・家族・市民の意識が徐々に変化した】との意見とに分かれた。特に、「医療者の認識は変わったが、患者、特に家族の認識はまだである」との内容が多かった。

## ③ 課題

課題としては、【続けること・広げること】と、【忙しき・スタッフのケア】【質の向上】が最も挙げられた。多くの対象者がプロジェクトを継続することの重要性を指摘していた。【広げること】の対象としては、病院、外来、非がん、小児、希少がん、困難症状、福祉施設など広範囲に広げることが述べられた。リソース、システムに関しては、介護力のなさが最も挙げられた。看護師においては、「看護師がどれだけがんばっても、医師の指示がなければできないこともある」といった、医師と看護師の権限の違いに関する課題が多く挙げられた(表5)。

表2 医師・看護師の感じる好ましい体験(2)—【在宅療養が普及した】

サブカテゴリー (ユニット数; 医師, 看護師)	例	
	医師	看護師
[在宅で過ごすことが普通になってきた] (n=4, 30)	[在宅で過ごすことが特別でないことが医療者、患者、家族に浸透してきた]	[在宅で最期を看取ることがほぼ0であったが、自宅で亡くなる人がみられるようになった]「ホスピス待ちの方で、在宅で亡くなる方が増えてきた」
[在宅医療のリソースが増えた] (n=11, 22)	[1年目に受けてくれなかった先生が往診を受けてくれた]「在宅をサポートする薬局が増えた」	[緩和ケアのできる診療所や訪問看護ステーションが増え、在宅療養を勧めやすくなった]「前は訪問看護ステーションに断られることもあったが、3年間は断られず困らなかった」
[在宅移行がスムーズになってきた] (n=8, 24)	[自宅退院を希望した患者をその日に帰宅させることができた]	[形式的な段取りをふまなくても、すぐに在宅へ向け準備できる。『一日もムダにたくない』とみんなが思える]「以前は状態に悪い方にはもっと早く対応してほしいと思っていたが、今は受け入れ対応がとても早くなった」[介護保険導入が早くできるようになった]
[在宅療養に向けて退院カンファレンスが行われるようになった] (n=2, 16)	[カンファレンスが設定され、開かれるようになった]	[直接顔を見て話が聞けると、思いや考えが捉えやすいし、用紙を見るより分かりやすく安心できる]「カンファレンスを退院前に行うことで、困った時にどこに連絡したらいいかが分かる」
[在宅患者が必要な時の救急搬送がスムーズになった] (n=1, 0)		

表3 医師・看護師の感じる好ましい体験(3)—【緩和ケアを意識するようになり知識や技術が増えた】【自信や達成感を感じた】

サブカテゴリー (ユニット数; 医師, 看護師)	例	
	医師	看護師
[緩和ケアの知識や技術が増えた] (n=14, 43)	[麻薬について医療者間では誤った認識は少なくなった]「知識が増えた」[マニュアル化して定着してきた]	[知識がかなり広まって、福祉職の人でも、医療用麻薬などについて分かっている状況ができあがった]「痛みの評価の仕方が分かり、増量など医師に自信を持って報告して、医師を動かせるようになった」[疼痛の評価スケールを使うようになった]「違う職種とのグループワークで、実践に活かせる具体的なアイデアがとても参考になった」
[早い時期から緩和ケアや在宅医療を意識するようになった] (n=9, 30)	[緩和ケアを積極的に行おうと思うようになった]「早い段階での在宅ケアを視野に入れることが多くなった」	[苦痛に以前よりも視点を置き、ケアを行うようになった]「以前は麻薬を死亡直前まで使用せず、苦痛で亡くなる方を何人もみてきたが、疼痛ケアは早くなり、すごく変わった」
[緩和ケアの専門家からのサポートが増えた] (n=14, 25)	[疼痛コントロールを、緩和ケアの専門医師に相談させてもらい、有用なアドバイスをいただくことができた]「緩和ケア専門のチームがあるおかげで、疼痛管理の質がかなり向上した」	[緩和ケアを専門とするスタッフが増え、相談できる環境になった]「緩和ケアチームにいつでも支援が受けられると思えば、何でもできるし、安心して行える」[専門家が地域に出て関わりを持ち、現状に即した専門性の部分を広めたことが良かった]
[自信や達成感を感じた] (n=2, 10)	[今後医師として、何十年働くか分からないが、基礎を築くことができた]	[多くの方が懸命に向き合っていることを感じ、自分も精一杯応えようと思うようになった]「いつ・どんな状況でも受け入れたいと積極的に思うようになった」

表4 医師・看護師の感じた意見の分かれた体験

カテゴリー サブカテゴリー(ユニット数)	例	
	医師	看護師
<b>【病院医師・看護師の在宅の視点】</b>		
[病院医師・看護師に在宅の視点が増えた] (n=9, 26)	「どの地区にどんな先生がいてどう依頼をすればいいのかが分かってきた」「地域だけでなく、患者の症状や性格も加味してあの先生にお願いしようと思えるようになった」「自分の言葉に説得力をもたせることができるようになった」	「在宅に戻った際の生活まで考える動きが普通になってきた」「トイレのポータブルの高さや手すりの位置が分かることで病棟でも自宅に近いイメージでリハビリを行うことができた」
[病院医師・看護師に在宅の視点が不足している] (n=1, 10)	「病院医師の在宅医療への関心がまだ低く、これをどう高めていくかが今後の大きな課題となろう」	「病棟看護師が在宅での看護を理解していないことが多く、ジレンマを感じる」
<b>【活動の広がり】</b>		
[広がりに限られた] (n=15, 30)	「診療所の医師や看護師は無理だからと見向きもしないことがある」「在宅医療に本気で取り組んでいる診療所と、片手間でやっていて調子が悪いと救急搬送になる診療所とがある」「大学の系列の違う医局は無視されている」「病院医師の考え方に差が大きい」「病院からの紹介が集中してしまっている」	「同じ地域でも病院によって意識の差が大きい」「病院内でも、病棟間で温度差がある」「係で指定されるので、興味があっても関われなかったり、係の人があまり興味がないことがある」
[変わった実感はない] (n=14, 13)	「介護施設での終末期がん患者の受け入れ状況については、おそらく3年間でほとんど変わっていない」「地域医療での変化は、個人的には、ほとんど状況は変わらない」	「当地区では波及効果が少ないと感じている」
[関わりが少ない・期間が短く変化を感じない] (n=8, 16)	「期間が短く、実感がない」「がん患者を在宅で診るということが少ないので、自身の診療は変わらない」	「がん患者の担当になったことがないので変化は分からない」「緩和ケアの対象になる患者が少ない病棟で、たくさんある情報も活用できなかった」
[アナウンスが届かない] (n=8, 13)	「アナウンスが一般の医師まで届かない」「大学で参加していたが病院の中でプロジェクトについて知られることはなかった」「印刷物が一度も送られてこなかった」	「地域支援のチームや、講演会があることを知らなかった」「もう少し積極的に広報活動をしなと、末端の看護師まで認知されない」
[地域全体におよんだ] (n=6, 10)	「地域全体の緩和力が上昇している」	「福祉系の方は『医療のことは分からなくて…』と言われる方も多かったが、最近をよく学んでいる方も増えた」
<b>【患者・家族・市民の認識】</b>		
[医療者の認識が変わったが、患者・家族の認識はまだである] (n=15, 21)	「医療者ががん治療と緩和ケアは両立すると考えていても、患者さんは緩和ケア＝終末期医療と思っている」「医療サイドの方は大分周知されてきたが、患者・家族に伝えていく必要がある」「家族から『こんな状態だと病院においてほしい』といわれることが多い」	「がん患者を在宅でみるのは困難という意識は強い」「医療関係者には、がん緩和ケアなどという言葉が浸透してきていると感じるが、一般の方の認知が低い」
[患者・家族・市民の意識が徐々に変化した] (n=3, 7)	「住民への緩和ケアの内容が、徐々にではあるが浸透してきた」	「がん患者から緩和ケアという言葉の意味を聞かれたり、地域に浸透していると思った」「緩和ケアということばを使う患者・家族が格段に増えた」
[患者・家族の安心感を感じる] (n=5, 4)	「患者・家族の希望がかなうことが多くなり、喜ばれている」「以前は病院から見捨てられる感じで診療していた患者がこの数年はなくなった」「患者・家族の安心感・落ち着きが以前に比較して良くなった」	「在宅へ移行した患者さんは多く、どなたも“良かった”との感想をいただいた」「在宅での看取りが増え、ご本人・ご家族から感謝されることも多い」

[患者・家族が在宅を希望しない] (n=3, 6)	「在宅緩和ケアを勧められて、悪く言うとも何も分からないまま在宅療養が開始されるケースが増加している」「在宅医療の良さが強調されるあまり、条件が十分でないまま退院させられることがないか心配している」	「在宅調整ができていないのに退院するケースが多く、家族が準備ができていないなか、短期間で亡くなることも多い」「ふりかえるとどの人(本人, 家族, 医療者)の思いが強く帰ってきたのかと疑問に感じる場合が増えている」
[患者と家族の意思の違う時の対応] (n=1, 4)	「患者さんの希望と家族の希望が同一でない時の対応は難しい」	「本人が自宅に帰りたいたいと望んでも家族の受け入れができない」

表5 医師・看護師の感じた課題

	課題	医師	看護師
続けること・広げることに関するもの (n=33, 84)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・続けることが大事である</li> <li>・広げることが大事である <ul style="list-style-type: none"> <li>病院医師・病院看護師に(広げる)</li> <li>外来患者に(広げる)</li> <li>がん以外の緩和ケアや小児に(広げる)</li> <li>少ないがんや、呼吸困難など困難症状に(広げる)</li> <li>病院の指導者に(広げる)</li> <li>医療過疎地域に(広げる)</li> <li>施設に(広げる)</li> <li>告知されていない患者に(広げる)</li> <li>(痛みだけでなく)眠気と鎮痛のバランスに(広げる)</li> <li>もっと広い地域リソースの把握に(広げる)</li> <li>経過が速く、間に合わない患者に(広げる)</li> <li>グリーンケアに(広げる)</li> <li>デスカンファレンスに(広げる)</li> </ul> </li> </ul>	13	32
忙しさ・スタッフのケアに関するもの (n=19, 30)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・忙しく緩和ケアに時間が割けない</li> <li>・緩和ケアに関わるスタッフのケアが必要である</li> </ul>	18	28
質の向上に関するもの (n=9, 33)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・質を向上したい</li> </ul>	9	33
リソースの不足に関するもの (n=34, 63)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護力がない, 家族の負担が大きい</li> <li>・在宅を行う診療所の総数と質の向上が必要である</li> <li>・人的資源が一般的に足りない</li> <li>・訪問看護師の総数と質の向上が必要である</li> <li>・緩和ケア病棟が必要である</li> </ul>	11	24
システムの見直しに関するもの (n=18, 36)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緩和ケアチームの動き方を検討する必要がある</li> <li>・麻薬が多く煩雑・在庫が増える</li> <li>・経済的負担が大きい</li> <li>・より簡便な地域システムが必要である</li> <li>・夜間・休日の対応が手薄である</li> <li>・マニュアルなどツールの継続発行が必要である</li> <li>・チューブ類など物流の問題がある</li> <li>・若年者に介護保険が使用できる必要がある</li> <li>・医師と看護師の権限の違いがある</li> </ul>	3	7
		3	3
		3	2
		1	4
		3	1
		2	2
		2	1
		1	1
		0	15

## 考 察

本研究は予備的な研究であるが、地域緩和ケアプログラムが行われた地域の医療福祉従事者の体験する変化をある程度推定することができる。本研究の意義は、質問紙調査の量的研究ではあらかじめ設定されていない項目を補うことにより、プロジェクトの効果をより適切に解釈するためのデータを与えるものである。

本研究の最も重要な結果は、地域対象の緩和ケアプログラムで医療福祉従事者におもに体験されることが、チーム医療と連携に関することであることが示唆されたことである。これは、Gold Standard Frameworkをはじめとする各国での地域緩和ケアプログラムの評価とも非常によく一致している<sup>5-8</sup>。「緩和ケアを地域に普及する」と考えると、症状コントロールに重きを置いたプログラムを策定する場合があるが、Gold Standard Frameworkでも症状コントロールは3段階目に位置づけられているように、「地域緩和ケアプログラム」にまず求められること、そしてプログラムの効果として認識されるのは、「地域内での医療福祉従事者間のコミュニケーションの改善」であると考えられる。これは、OPTIMプロジェクトの1地域で行われた複数の研究の結果からも示唆される<sup>12-14</sup>。地域医療者を対象とした緩和ケアセミナーの有用性として参加者から挙げられたものは、知識や技術の向上のみならず、「地域の医療福祉従事者の交流の場となる」ことであった<sup>12</sup>。緩和ケア病棟で行われた参加型の研修においても、地域の医療従事者にとって有用であったことは、身体症状コントロールの方法よりもむしろ、自分が地域で実際に受け持つ患者に説明するために「緩和ケア病棟を知る」ことや「連携上の課題について知る」ことであった<sup>13</sup>。さらに、地域の診療所を対象とした緩和ケアチームによるアウトリーチプログラムの評価でも、専門的な緩和ケアの知識や技術にあわせて、「地域での連携での機会となること」に役立ったことが挙げられている<sup>14</sup>。すなわち、地域を対象とした緩和ケアプログラムを行う場合にまず念頭に置かなければならないことは、地域単位でのネットワークングであり、ネットワークングを増やすような介入方法が用いられる必要があることが強く示唆される。

このほかに本研究で認められたこととして、【緩和ケアを意識するようになり知識や技術が増えた】ことが肯定的な体験として表現された。これも欧米圏での先行研究とも一致しており<sup>5-8</sup>、地域対象の緩和ケアプログラムでは、終末期ケアや患者・家族の苦痛・希望している療養場所に意識が向くようになる、症状コントロールの技術が向上するなどの効果が体験されると考えられる。

【活動の広がり】に地域や施設、個人によって差があること、あるいは、患者・家族に対する影響が医療者に対する影響よりもあいまいに表現されることも、先行研究と一致している<sup>5-8</sup>。地域緩和ケアプログラムでは、個々の患者や施設に対する介入と異なり、地域の医療福祉従事者への広く薄い教育的介入や連携を強める介入が地域全体に薄く実施されることが多い<sup>15</sup>。したがって、患者自身への効果は直接的でなく、地域内での影響にばらつきが生じると考えられる。患者のアウトカムをより確実に改善するプログラムの策定を目的とするのであれば、患者レベルでの介入プログラムの設定とその検証がより望ましいことが示唆される<sup>16,17</sup>。

本研究で挙げられた課題は、これまでも挙げられているものが多いが<sup>18,19</sup>、地域のプロジェクトが進んだためにより課題として鮮明となった、という特徴がある。たとえば、外来患者のサポートのための連携、がん以外の緩和ケア、医療過疎地域でのように体制をつくるのか、頭頸部がんなど稀少がん、施設での看取り、質の向上などは、がん患者の緩和ケア体制が整っていく中で、「次に」目指されるものとして語られている。地域での緩和ケアの提供体制は範囲が大きく、数年間で体制が整えられることはないと考えられるため、継続することが重要であり、地域ごとに継続可能性のある提供体制を構築していくシステムが不可欠であることがうかがえる。

本研究の限界として、質問紙調査の自由記述の分析であるため、解釈は他の研究と合わせて行う必要がある。また、本研究ではデータが薄いため、病院医療者と地域医療者の比較の視点での分析を行わなかった。より深い洞察を得るためには、立場の違いによる比較を今後の研究では行う必要がある。

以上より、地域緩和ケアプログラムで生じる医師・看護師が体験するおもな変化は、チーム医療と連携、緩和ケアの意識と知識や技術の向上、在宅療養の普及であると考えられた。病院医師・看護師の在宅の視点、活動の広がり、患者・家族・市民の認識については、体験のされ方はまちまちであった。課題としては、続けること・広げることに関するもの、忙しさ・スタッフのケアに関するもの、質の向上に関するもの、リソースの不足に関するもの、システムの見直しに関するものに分けられた。地域を対象とした緩和ケアプログラムでは、対象となる医療福祉従事者が最も求めている可能性が高い「地域での連携を促進するプログラム」を基盤とするべきであると考えられる。

謝辞 本研究は、厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」の助成を受けた。

## 文献

- 1) 山口龍彦, 原 一平, 壺井康一, 他. IX. 各地域におけるがん対策基本法の前後の取り組み: 1. 緩和ケアに対する高知県の取り組み. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会 編. ホスピス緩和ケア白書 2011. 2011; 51-4.
- 2) 吉澤明孝, 行田泰明, 石黒俊彦. X. がん対策基本法後の地域緩和ケアネットワーク: 1. 東京都における在宅緩和ケアの連携. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会 編. ホスピス緩和ケア白書 2011. 2011; 77-80.
- 3) 加藤恒夫. X. がん対策基本法後の地域緩和ケアネットワーク: 2. 岡山市における緩和ケアの地域連携—緩和ケア岡山モデル. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会 編. ホスピス緩和ケア白書 2011. 2011; 81-7.
- 4) 片山 壽. X. がん対策基本法後の地域緩和ケアネットワーク: 3. 尾道市における在宅緩和ケアと地域医療連携. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会 編. ホスピス緩和ケア白書 2011. 2011; 88-94.

- 5) Shaw KL, Clifford C, Thomas K, et al. Review: Improving end-of-life care: a critical review of the gold standards framework in primary care. *Palliat Med* 2011; 24: 317-29.
- 6) Kelley ML. Developing rural communities' capacity for palliative care: a conceptual model. *J Palliat Care* 2007; 23: 143-53.
- 7) Masso M, Owen A. Linkage, coordination and integration: evidence from rural palliative care. *Aust J Rural Health* 2009; 17: 263-7.
- 8) Nikbakht-Van de Sande CV, van der Rijt CC, Visser AP, et al. Function of local networks in palliative care: a Dutch view. *J Palliat Med* 2005; 8: 808-16.
- 9) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Palliative care in Japan: current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. *Am J Hosp Palliat Care* 2008; 25: 412-8.
- 10) 森田達也. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM-study) の経過と今後の課題. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会編. ホスピス緩和ケア白書 2011. 2011; 24-36.
- 11) Krippendorff K. *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. Sage Publications, Beverly Hills, 1980. (三上俊治, 椎野信雄, 橋元良明 訳. メッセージ分析の技法—「内容分析」への招待. 東京, 勁草書房, 1989)
- 12) 鄭陽, 井村千鶴, 野末よし子, 他. 地域における講義とグループディスカッションを複合した多職種セミナーの有用性. *ペインクリニック* 2009; 30: 1553-63.
- 13) 清原恵美, 井村千鶴, 梨田えり子, 他. 地域における緩和ケア病棟の役割—緩和ケア病棟における地域の看護師を対象とした研修の評価. *死の臨床* 2011; 34: 110-5.
- 14) 井村千鶴, 藤本亘史, 野末よし子, 他. 緩和ケアチームによる診療所へのアウトリーチプログラムの有用性. *癌と化学療法* 2010; 37: 863-70.
- 15) Jordhøy MS, Fayers P, Saltnes T, et al. A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. *Lancet* 2000; 356: 888-93.
- 16) Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363: 733-42.
- 17) Rabow MW, Dibble SL, Pantilat SZ, et al. The comprehensive care team: a controlled trial of outpatient palliative medicine consultation. *Arch Intern Med* 2004; 164: 83-91.
- 18) 山岸暁美, 森田達也, 古村和恵, 他. 地域のがん緩和ケアの課題と解決策の抽出—OPTIM-Studyによる複数地域・多職種による評価. *癌と化学療法* 2011; 38: 1889-95.
- 19) 古村和恵, 宮下光令, 木澤義之, 他. 進行がん患者と遺族のがん治療と緩和ケアに対する要望: 821名の自由記述からの示唆. *Palliat Care Res* 2011; 6: 237-45.

---

著者の申告すべき利益相反なし

---

**Original Research**

# Changes experienced by physicians and nurses after a region-based palliative care intervention trial: the OPTIM-study

Tatsuya Morita<sup>1)</sup>, Yoshiko Nozue<sup>2)</sup>, Yoko Hanada<sup>3)</sup>, Mitsunori Miyashita<sup>3)</sup>  
Satoshi Suzuki<sup>4)</sup>, Hiroya Kinoshita<sup>5)</sup>, Yutaka Shirahige<sup>6)</sup> and Kenji Eguchi<sup>7)</sup>

1) Department of Palliative and Supportive Care, Seirei Mikatahara General Hospital, 2) Hamamatsu Cancer Support Center, Seirei Mikatahara General Hospital, 3) Division of Palliative Nursing, Health Sciences, Tohoku University Graduate School of Medicine, 4) Department of Surgery, Tsuruoka Municipal Shonai Hospital, 5) Department of Palliative Medicine and Psycho-Oncology, National Cancer Center Hospital, East, 6) Shirahige Clinic, 7) Division of Medical Oncology, Teikyo University School of Medicine

The primary aim of this study was to collect the views of physicians and nurses in the regions where community-based palliative care intervention trial, the OPTIM-study, was performed. A content analysis of free comments of the questionnaire survey was conducted. Questionnaires were mailed to 1,763 physicians and 3,156 nurses after the intervention, and 706 and 2,236 responses were obtained, respectively. A content analysis identified 327 free comments from physicians and 737 from nurses. As favorable effects, the categories [Multidisciplinary teams and community networks were established] [Home-based care is widespread] [Medical knowledge and skills are acquired just as those involved in palliative care] emerged. The main effects of the community palliative care program included the establishment of multidisciplinary teams and community networks, development of home-based care, and increasing knowledge, skills, and awareness about palliative care.  
Palliat Care Res 2012; 7(1): 121-35

Key words: palliative care, community, home-based care, network

Table 1 Favorable effects of community intervention on physicians and nurses (1)—[Multidisciplinary teams and community networks were established]

Sub-categories (Number of subjects: physician, nurse)	Physician	Nurse
[Smooth communication] (n=30, 46)	"Establishment of the palliative care unit facilitated smooth communication", "As the palliative care unit was established, I knew who to consult", "I had a chance to talk directly to people involved in palliative care in the workshop, which encouraged me to talk to anyone in later practice", "I become able to call or e-mail health care workers involved in palliative care"	"I become able to contact and consult other health care providers about patients", "I don't hesitate to ask and discuss even a small matter", "Now, I know how to contact to primary physician or health care workers in charge of patients"
[Increased opportunities to talk directly and share information among colleagues] (n=11, 21)	"Multidisciplinary case conferences before patients' discharge provided me with a place for discussion and sharing information among colleagues", "I have more chances to hear about patients transferred to home-based care"	"I have more chances to discuss directly with people involved in palliative care at multidisciplinary case conferences", "Frequent information-sharing became possible after exchanging our e-mail addresses"
[I know the name, face, roles, and views of people associated with cancer care in the community] (n=8, 27)	"I know how people involved in care would perceive matters and think", "Despite business-like communication, I can smoothly work with people involved in a patient's care, because I know their personality", "Since I had a chance to meet other health care workers at various meetings, I could establish real 'face-to-face relationships' with them"	"Because I know how other health care workers think and their level of understanding, I can smoothly communicate with them", "Meetings run more smoothly, because I understand the situation and views of other health care workers"
[Palliative care network has been expanded] (n=7, 16)	"More alternative care approaches are developed", "Mutual cooperation is achieved with local clinics"	"Horizontal relationships facilitated smooth cooperation", "I could understand that there are many people eagerly engaged in palliative care"
[I started to consider a team-based approach] (n=4, 11)	"A multidisciplinary team approach helps me decide treatment plans"	"A nurse who is in charge of supporting home-based care helps me a lot", "Integrated nursing care can be provided while discussing with palliative care nurses and nurses who coordinate discharge planning"
[Trusted relationships and a feeling of fellowship are developed] (n=1, 11)	"I got to know many people I can share ideas with"	"The awareness I had for people 'working in other facilities' was changed to 'colleagues in the same region'", "I achieved an increased awareness of cooperation"

Table 2 Favorable effects of community intervention on physicians and nurses (2) —[Home-based care is widespread]

Sub-categories (Number of subjects: physician, nurse)	Physician	Nurse
[Home-based care has become well-known as a common treatment option] (n=4, 30)	"Health care providers, patients, and family members started to understand that home-based care is not a unique option"	"More patients started to receive home-based care until the last moment of their lives", "A growing number of patients waiting for hospice care die at home"
[A care network has been developed] (n=11, 22)	"A doctor who refused to make home visits in the first year agreed from the second year", "More pharmacies support home-based care"	"Since more clinics and home-based care providers have started to provide palliative care services, more patients are encouraged to begin home-based care", "After the project started, home-based care providers did not refuse the management of patients requiring palliative care"
[Smooth transition to home-based care] (n=8, 24)	"A patient who required transfer to home-based care could be discharged on that day"	"Smooth transition is possible without taking any formal action. Every nurse tries not to waste patients' time", "Hospital discharge arrangements between hospital and community care services can be made faster than before", "Long-term care insurance has started to be applied much earlier than before"
[Discharge planning conferences for patients making a transition to home-based care] (n=2, 16)	"Multidisciplinary case conferences have started to be held"	"Multidisciplinary case conferences give me comfort because I can understand the personality of people involved in palliative care", "Discharge planning conferences help me know who to contact when I have a problem regarding patients"
[Emergency transfer of patients receiving home-based care became smooth] (n=1, 0)		

Table 3 Favorable effects of community intervention on physicians and nurses (3)—[Medical knowledge and skills are acquired just as those involved in palliative care] [I felt confident and a sense of accomplishment]

Sub-categories (Number of subjects: physician, nurse)	Physician	Nurse
[Palliative care knowledge and skills are increased] (n=14, 43)	"Misconceptions regarding narcotic drugs among physicians decreased", "Medical knowledge is increased", "Palliative care knowledge has become necessary for all physicians"	"Along with the spread of palliative care, even people engaged in welfare facilities started to accumulate knowledge on narcotic drugs", "As I learned how to assess pain of patients, I can now ask physicians to increase the dose of medication with confidence", "I started use pain-rating scales", "I obtained practical ideas at a multidisciplinary workshop, which was very helpful"
[I started to consider palliative or home-based care from the early stages of treatment] (n=9, 30)	"I started to have a positive attitude toward palliative care", "I started to think about the possibility of home-based care from the early stages of treatment"	"I pay attention to a patient's pain when providing care", "Since narcotic drugs were not used before the end-stage in conventional treatment, I saw many patients die in pain. Pain management has greatly improved"
[Increasing support from palliative care specialists] (n=14, 25)	"I received some useful advice on pain management from palliative care specialists", "The palliative care team has greatly contributed to the improvement of pain management"	"I can now ask about a patient's care anytime, since palliative care specialists have increased", "We are supported by the palliative care team, and this gives me a sense of security in care", "Community involvement disseminated technical knowledge to local care facilities"

Table 4 Favorable and unfavorable effects of community intervention on physicians and nurses

Categories Sub-categories (Number of subjects: physician, nurse)	Physician	Nurse
<b>【Home care perspectives of hospital physicians and nurses】</b>		
[Home care perspectives have been adopted by hospital physicians and nurses] (n=9, 26)	"I understood what types of physician work in the community and how to communicate with them", "I consider not only the living area, but also conditions and characteristics of the patient when choosing a local physician", "I became able to talk in a convincing manner"	"I provide hospital care in consideration of the home environment of patients", "Home care perspectives, such as the height of a toilet seat and handrail location, allowed me to provide rehabilitation for patients in a setting close to each patient's real home environment"
[Home care perspectives need to be adopted by hospital physicians and nurses] (n=1, 10)	"Not many hospital physicians are interested in home care. How to increase their interests would be a future problem"	"I often feel perplexed that many hospital nurses do not understand home-based nursing"
<b>【Expansion of activities】</b>		
[Limited expansions] (n=15, 30)	"Some local physicians and nurses avoid requests to provide home care", "There are local physicians who strive to provide home care. However, some physicians do not work diligently and send patients back to the hospital by ambulance if their condition deteriorates", "Physicians who belong to a different university affiliate are usually disregarded", "There are conceptual gaps among hospital physicians", "Most hospital referrals are concentrated to a single clinic"	"There is a significant difference in awareness of home care even among hospitals in the same region", "There is a gap in the level of concern among wards in a hospital", "Since a nurse in charge of patients has to be involved in their home care, I cannot participate in care even if I wish to"
[I don't feel any change] (n=14, 13)	"I have not seen any change in the acceptance status of terminal cancer patients at nursing facilities over the past three years", "I personally feel no change in local medical service"	"I don't feel any effects in our district"
[Less involvement/The intervention period was too short to feel the effects] (n=8, 16)	"The intervention period was too short to feel the effects", "My clinical practice did not change, because I rarely see cancer patients receiving home care"	"I don't feel any change, because I am never involved in the care of cancer patients", "Since few patients received palliative care on our ward, I have not had a chance to utilize the useful information given to us"
[I did not receive a project announcement] (n=8, 13)	"The project announcement was not made to general physicians", "Our hospital participated in the project, but I personally have not heard about this", "I've never received a project brochure"	"I've never heard of local support teams and lecture meetings", "Active promotion is needed to disseminate information to all nurses"
[The project involved the entire community] (n=6, 10)	"Community palliative care has been developed"	"People working in welfare facilities started to have medical knowledge"

【Recognition of patients, families, and the general public】		
[The recognition of home-based care has changed in health care professionals, but not in patients and their families] (n=15, 21)	“Even though physicians consider that cancer treatment and palliative care can be performed at the same time, most patients think that palliative care means end-of-life care”, “Home-based care started to be well-recognized for physicians, but it needs to be further publicized for patients and their families”, “Patients’ families often prefer to keep the patient hospitalized for safety”	“Most families believe that it is difficult to take care of cancer patients at home”, “Palliative care for cancer patients became popular among health care providers, but not among the general public”
[The awareness of patients, families, and the general public has gradually changed] (n=3, 7)	“Palliative care has been gradually understood by patients and families”	“Some cancer patients ask me about palliative care”, “More families talk about palliative care”
[I am aware of a sense of security in patients and their families] (n=5, 4)	“Patients and their families are satisfied with treatment, because it has allowed them to realize their wishes”, “The number of patients who look depressed and hopeless decreased over the past few years”, “I am aware of a greater sense of security and peace in patients and their families”	“Many patients were discharged and transferred to home-based care, and all of them are satisfied with it”, “More patients choose to die at home, and I often receive appreciation from patients and families”
[Patients and families do not wish to receive home-based care] (n=3, 6)	“There are many patients who were recommended and started home-based care without careful consideration”, “Since the advantages of home-based care are stressed too strongly, it makes me concerned that some patients may be discharged without enough preparation”	“There are many patients who are discharged before appropriate care coordination. Some patients died shortly after discharge, because their families were not ready to take care of them”, “It is often questionable who (patient, family, health care providers) actually decided to shift to home-based care”
[A gap in thinking between patients and their families] (n=1, 4)	“It is difficult when there is a gap in thinking between patients and their families”	“Some families refuse to accept the patient, even if he/she wishes to return home”